

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1903-1904 — N° 136

DU TRAITEMENT
DE
Certains Prolapsus du Rectum

PAR LES
Opérations Plastiques sur le Périnée

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Mars 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean LEVÉSI

Né à Nice (Alpes-Maritimes), le 31 Janvier 1879



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, RUE STELLA, 3

1904

DU TRAITEMENT
DE
Certains Prolapsus du Rectum

PAR LES

Opérations Plastiques sur le Périnée



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546723_0064

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1903-1904 — N° 136

DU TRAITEMENT
DE
Certains Prolapsus du Rectum

PAR LES
Opérations Plastiques sur le Périnée

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Mars 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean LEVÉSI

Né à Nice (Alpes-Maritimes), le 31 janvier 1879



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, RUE STELLA, 3

—
1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
HUGOUNENQ. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	X...
Clinique des maladies des enfants	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	WEILL.
Matière médicale et Botanique	MONOYER.
Parasitologie	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.	BEAUVISAGE.
Physiologie.	LORTET.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie externe.	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	MORAT.
Anatomie pathologique	TEISSIER.
Médecine opératoire	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.	MAYET.
Médecine légale	TRIPPIER.
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.)
	SOULIER.
	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.) agrégé
Maladie des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique	DURAND —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PIVOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. CECCALDI, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M.), *Président*; M. BÉRARD, *Assesseur*;
MM. VILLARD et TIXIER, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage d'amour filial et de
reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE POLLOSSON

INTRODUCTION

Cruveilhier, disait déjà en 1849, dans son *Anatomie pathologique*, à propos du traitement des prolapsus du rectum : « Je crois qu'il serait difficile d'imaginer une méthode, un procédé qui n'ait pas été tenté. » Depuis, cette question a toujours été à l'étude. Les traitements des prolapsus du rectum ont été l'objet de thèses et de communications nombreuses. Médecins, chirurgiens ont rivalisé dans la recherche et l'exécution de méthodes nouvelles destinées à guérir cette douloureuse infirmité. Chaque auteur s'est plu à envisager la question sous un jour spécial, les uns étudiant plus particulièrement le prolapsus chez l'enfant, d'autres faisant une revue complète et détaillée de tous les traitements applicables à cette affection. Tous les procédés ont eu leurs promoteurs et leurs défenseurs. Sans faire un historique étendu, nous pouvons dire que déjà dans la première moitié du xix^e siècle, la colopexie, les opérations périnéales avaient été en partie conçues, la résection exécutée, mais ce n'est qu'avec l'avènement de la chirurgie antiseptique que nous

voyons éclore cette belle floraison de nouveaux traitements qui tous vont donner des succès parfois brillants.

Duret, Lange, Jeannel avec sa première colopexie, Verneuil avec la rectopexie, Schwartz, Gérard-Marchant, nous apportent avec leurs procédés des observations nouvelles et de nouvelles guérisons.

Les thèses de Lyot, de Lefebvre, de Masson, de Vendrely, et tout dernièrement celle si complète et si savante du docteur Lenormant à laquelle nous ferons de nombreux emprunts, semblent avoir dit le dernier mot sur ce sujet parfois compliqué du traitement des prolapsus du rectum.

Le but que nous nous proposons à notre tour est de faire l'étude de certains prolapsus qui sont justiciables du traitement par les opérations plastiques sur le périnée.

En effet, tous les prolapsus du rectum, ne relèvent pas au point de vue thérapeutique d'un seul et unique procédé opératoire. Sans compter le traitement médical que nous laisserons complètement de côté parce qu'il reste souvent pour ne pas dire toujours inefficace, c'est par dizaines que s'offrent au praticien les méthodes chirurgicales. Pourquoi une pareille abondance, qui pourrait laisser croire que le vrai traitement des prolapsus du rectum est encore à trouver ? C'est qu'il existe également plusieurs sortes de prolapsus, et qu'à chacune des variétés convient ou ne convient pas, tel ou tel procédé opératoire.

Avant d'aborder le traitement de certains prolapsus du rectum par les opérations plastiques sur le périnée,

il nous faut donc dire quels sont ceux que nous voulons désigner, faire une étude étiologique et pathogénique de cette affection et rechercher quelles sont les variétés qui sont justiciables d'un traitement périméal. C'est à l'étude de ceux-là seuls et de ce traitement que nous nous bornerons.

Nous laisserons donc de côté avec le traitement médical, les méthodes chirurgicales qui s'adressent à l'intestin prolapsé, soit qu'elles tendent par des cautérisations à déterminer la formation d'adhérences profondes, soit qu'elles aient pour but de supprimer tout ou partie du prolapsus. Nous ne nous occuperons également pas des procédés conservateurs qui recherchent la guérison par la suspension du rectum aux parois du bassin (recto-pexies) ou du côlon à la paroi abdominale (colopexies). Ces procédés relèvent en effet d'une compréhension pathogénique différente et s'appliquent à une catégorie particulière de prolapsus.

La division de notre sujet sera des plus simples : nous commencerons par quelques notions anatomiques très brèves auxquelles feront suite les considérations étiologiques et pathogéniques qui guident le chirurgien vers le choix du traitement que nous avons inscrit en tête de notre thèse et dont nous décrivons ensuite les divers procédés. Nous avons cru bien faire de donner nos observations à la suite de chacune des méthodes que nous envisageons au lieu de les cantonner dans un chapitre spécial à la fin de notre thèse.

C'est sur le conseil de Monsieur Patet chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu que nous avons entrepris cette étude. Qu'il nous soit permis de le remercier ici,

pour l'intérêt qu'il nous a témoigné et les conseils qu'il a bien voulu nous donner.

Nous adressons également l'expression de notre profonde reconnaissance à Monsieur le professeur Maurice Pollosson pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant avec une bienveillance sans égale la présidence de notre thèse.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Pour bien comprendre la pathogénie des prolapsus du rectum, il est indispensable de rappeler les dispositions anatomiques de ce viscère dans le bassin, surtout au point de vue statique.

Le rectum forme la partie terminale du gros intestin. Il fait suite à l'S iliaque et est entièrement contenu dans le bassin. On le divise généralement en trois parties pour faciliter sa description.

1° Une partie supérieure qui va de la symphyse sacro-iliaque au centre de la troisième pièce du sacrum. Elle est complètement entourée par le péritoine et réunie en arrière au sacrum par un repli de cette séreuse, le méso-rectum qui continue le méso-côlon sigmoïde et descend jusqu'à la troisième vertèbre sacrée. En avant, chez l'homme, cette partie supérieure est séparée de la vessie par le cul-de-sac recto-vésical formé par le péritoine qui, après avoir tapissé la face antérieure du rectum, se réfléchit sur la face postéro-inférieure de la vessie. Ce cul-de-sac chez l'adulte, est

situé à deux centimètres et demi au-dessus de la base de la prostate, de sorte qu'une partie de la face postérieure de la vessie est en contact direct avec le rectum. Chez la femme le péritoine se refléchit sur l'utérus et les annexes et sur la partie supérieure de la face postérieure du vagin, en formant le cul-de-sac de Douglas. Cette première partie du rectum est encore en rapport avec les circonvolutions les plus inférieures de l'intestin grêle qui s'insinuent dans ce cul-de-sac du péritoine ;

2° Une partie moyenne qui va de la troisième vertèbre sacrée au plancher de l'excavation pelvienne. Elle n'est recouverte par le péritoine que dans la partie supérieure de sa face antérieure.

3° Une partie inférieure, portion anale, qui se recourbe en arrière du coccyx, vers l'anus. Cette portion n'est recouverte, en aucune partie, par le péritoine.

A quelles dispositions anatomiques spéciales, le rectum doit-il sa fixité et sa stabilité chez un individu normal et sain ? Nous ne saurions mieux faire, pour le rappeler, que de reproduire ici la description donnée par MM. Quénu et Hartmann, dans leur « Chirurgie du rectum » :

« Le rectum est maintenu dans sa situation par le péritoine, qui l'applique contre les faces postérieure et inférieure de la cavité pelvienne, par une aponévrose qui le rattache de chaque côté aux parties latérales du sacrum et du coccyx (aponévrose postérieure du ligament large de Jargavay, qui ne la décrivait que chez la femme ; aponévrose sacro-rectale de Pierre Delbet, qui l'a retrouvée dans les deux sexes), par

l'aponévrose supérieure du releveur de l'anus, et par ce muscle lui-même, qui prend sur lui ses insertions; tout en bas, par quelques adhérences de sa face antérieure à la partie inférieure de l'aponévrose prostatopéritonéale, et au raphé intermédiaire, au sphincter externe et aux muscles du périnée (transverse et bulbo-caverneuse chez l'homme, transverse et constricteur de la vulve chez la femme), enfin par l'ensemble des vaisseaux et nerfs qui le rattachent aux parois pelviennes.

« Au niveau de sa partie terminale, le rectum se trouve maintenu par des faisceaux de fibres lisses qui, parties du coccyx, entourent le rectum, en forme de fourche ouverte en avant, l'attirant en arrière (muscle recto-coccygien). »

On peut dire en schématisant, et pour résumer, que le rectum est maintenu en place, d'une part, à l'aide du péritoine, qui, en avant, le fixe à la vessie chez l'homme et à l'utérus chez la femme, et en arrière par l'intermédiaire du méso-rectum. Outre ses moyens de fixité supérieurs, il est contenu et soutenu en bas par le plancher périnéal, par les sphincters internes et externes, doublés de leurs aponévroses, et par les fibres qui vont du canal anal s'insérer sur toutes les parties constitutives du périnée.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Nous venons de voir quelles sont les idées classiques qui nous sont fournies par les anatomistes sur la statique du rectum. Il serait très intéressant et très utile au point de vue thérapeutique, à cause des conclusions qui en découleraient, de savoir quelle est la valeur relative de ces moyens de fixité, de déterminer si le rectum est soutenu par le plancher pelvien, ou s'il est suspendu aux vertèbres sacrées et au coccyx. La question n'est d'ailleurs pas encore résolue d'une façon définitive. C'est ainsi que les uns font jouer au groupe suspenseur intra-pelvien le rôle le plus important, la résistance des aponévroses et des muscles périnéaux ne paraissant pas indispensable pour maintenir le rectum dans la cavité abdominale. Ce sont les résultats auxquels était arrivé Raynal à la suite de nombreuses expériences faites à Toulouse. Voici ses propres conclusions :

« Lorsque sur un sujet sain, on va, par l'anus, accrocher le rectum avec une ou plusieurs pinces de

Museux, malgré les tractions les plus violentes, et à quelque hauteur qu'on saisisse le rectum, on ne parvient pas à produire de prolapsus ; on déchirerait plutôt l'intestin... L'organe suspenseur sera celui dont la destruction permettra la production du prolapsus au moyen de la traction de pinces saisissant le rectum par sa paroi interne ; or :

« 1^o La destruction du sphincter, par dilatation ou destruction, reste sans résultats ;

« 2^o La section du releveur exécutée, le ventre ouvert, par la cavité pelvienne, ne permet point du tout, non plus, la descente de l'intestin ;

« 3^o La section du méso-côlon seul n'a pas non plus l'influence cherchée ;

« 4^o La section du méso-rectum seul est inefficace ;

« 5^o Enfin, la section du méso-côlon étant faite, si sur le même sujet, on détache le méso-rectum, on peut produire le prolapsus alors même que le sphincter et le releveur ont été respectés.

« On peut alors, sur le cadavre dont le ventre est ouvert pour l'opération, lorsque le méso-côlon et le méso-rectum étant détachés de leurs attaches, on tire l'intestin au moyen des pinces introduites dans l'anus, on voit, dis-je, le rectum descendre et en même temps le méso-côlon iliaque se déplier, s'étendre en suivant l'S iliaque qui se déroule. »

Mais ces conclusions ne sont pas admises par tous les auteurs : elles vont à l'encontre de nombreux faits cliniques et M. Lenormant qui a repris à Paris cette étude de la valeur des moyens de fixité du rectum, est arrivé à des résultats entièrement contraires à

ceux de Raynal. Voici le résumé des expériences qu'il a faites pendant l'hiver de 1902, tel qu'il l'expose dans son magistral ouvrage :

1^o Sur deux sujets, Lenormant a procédé comme Raynal, c'est-à-dire qu'il a pratiqué la section du méso jusqu'au plancher pelvien par l'abdomen. Il a alors essayé d'invaginer l'intestin par traction sur sa face interne au moyen de pinces de Museux et le résultat a été négatif. Il a pu seulement constater que les tractions exercées sur l'anus ainsi libéré avaient pour effet d'attirer fortement l'anus en haut.

2^o Sur onze sujets (8 hommes et 3 femmes), il a opéré de la manière suivante : incision circulaire péri-anale et isolement du canal anal jusqu'à la face inférieure du diaphragme rectal, — section des releveurs de l'anus — section des aponévroses sacro-recto-génitales, enfin, section du méso (cette dernière par le ventre) ; il mesurait la longueur d'intestin qui se laissait attirer avant et après la section des releveurs. après la section des aponévroses, après la section du m-so. Il a obtenu les chiffres suivants : la libération du canal anal donne un abaissement de 3 à 5 centimètres (avec forte traction) ; la section du releveur la porte de 8 à 12 centimètres ; la section de l'aponévrose de 15 à 17 centimètres ; enfin, la section du méso ne modifie pas ces derniers chiffres.

3^o Enfin sur quatre sujets (trois hommes et une femme) il a pratiqué une incision circonférentielle périanale ; puis, passant en arrière du rectum, il a décollé toute la face postérieure de bas en haut jusqu'au promontoire ; ouvrant alors l'abdomen, il a

sectionné le méso-jéjusqu'à rencontre du décollement, de telle façon que la face postérieure de l'intestin fut libérée dans toute sa hauteur. Sur un sujet ainsi préparé, les tractions pratiquées sur l'anus n'ont jamais donné un abaissement de plus de 4 ou 5 centimètres. Sectionnant ensuite sur les côtés les releveurs et les aponévroses, Lenormant a pu attirer l'intestin sur une longueur de 13 à 15 centimètres.

Ainsi donc, tandis que pour Raynal le moyen de fixité essentiel du rectum est sa suspension par le méso-côlon, pour Lenormant, au contraire, le rôle prépondérant doit être attribué aux releveurs de l'anus et aux muscles de la région sphinctérienne et périnéale. C'est à la résistance du plancher pelvien qu'incombe la non production du prolapsus, la destruction du sphincter et des muscles du périnée devant s'accompagner fatalement de la chute du rectum.

Quoiqu'il en soit on peut invoquer plusieurs raisons pour expliquer la production de cette affection que Jean Cruveilhier définissait en ces termes : « C'est le déplacement dans lequel l'intestin rectum s'échappe par l'anus. » On a reconnu à cette hernie un certain nombre de causes que l'on a divisées en anatomiques, physiologiques et pathologiques.

1^o CAUSES ANATOMIQUES. — Elles sont nettement établies par les recherches anatomo-pathologiques. Malheureusement les autopsies ne sont pas nombreuses. A côté des lésions de rectite plus ou moins prononcées, les constatations les plus intéressantes

ont été faites sur les moyens de fixité du rectum, et sur l'état des sphincters et du plancher pelvien.

Lenormant rapporte trois autopsies qui donnent des détails sur ce sujet. Ce sont celles de Cruveilhier, de Gross et de Duret. Cruveilhier entre autres constatations fait les suivantes : Lorsqu'on réduisait le rectum on voyait que l'anus était énormément dilaté et pouvait admettre le poing ; ses dimensions étaient en quelque sorte déterminées par celles du détroit inférieur. Le sphincter atrophié était à l'état de vestige et constitué par quelques fibres pâles à peines distinctes du tissu adipeux environnant. L'intestin rectum était sain ainsi que le péritoine.

Au sujet de l'autopsie faite par Gross, Trélat et Delens s'expriment ainsi : Il a trouvé toutes les parties qui forment le plancher du bassin, relâchées et atrophiées ; la peau était amincie, plissée, le tissu cellulaire et graisseux avait en partie disparu ; les fibres du sphincter étaient pâles, allongées et éparpillées.

La troisième autopsie est celle de Duret et de Vallin. Masson qui la rapporte en détail dans sa thèse note les mêmes lésions, allongement et amincissement des fibres du releveur, dilatation de l'anus qui est très large et permet l'introduction des cinq doigts de la main, allongement du raphé ano-coccygien, distension du périnée. Outre ces lésions déjà vues dans les deux autopsies précédentes, Masson relève, chose intéressante, la profondeur considérable du cul-de-sac recto-vésical dont la longueur mesurée à partir de l'angle

sacro-vertébral était de 12 centimètres, au lieu de 5 ou 6 sur un sujet normal.

Voilà tout ce que nous savons sur les causes anatomiques du prolapsus du rectum. Elles peuvent se résumer en quelques mots :

Distension et élongation de l'appareil suspenseur fibreux et musculaire.

Dilatation et atrophie des muscles du sphincter.

Relâchement du plancher pelvien et abaissement du cul-de-sac recto-vésical.

2^o CAUSES PHYSIOLOGIQUES. — « Le prolapsus rectal est très analogue dans son mode de production à une hernie. Comme pour les hernies, la condition nécessaire à son développement, le fait qui domine son étiologie c'est l'effort, effort qui devra être très violent s'il s'agit d'un sujet normalement constitué, mais qui pourra être minime, surtout s'il est répété, chez un prédisposé « LENORMANT ».

Ainsi donc l'effort, voilà la notion étiologique capitale dans la production du prolapsus. Ainsi s'expliquent les effets des troubles de la défécation, soit qu'il s'agisse de constipation, soit qu'il s'agisse de diarrhée, et nous savons que chez les enfants on a pu expliquer le prolapsus muqueux si fréquent à cet âge par le rachitisme et les troubles gastro-intestinaux qu'il engendre. Les rétrécissements, les mictions difficiles, par les efforts exagérés d'expulsion qu'ils nécessitent peuvent également intervenir dans la production des prolapsus. Toutes ces causes agissent avec d'autant plus d'effica-

cité qu'elles se rapportent à un sujet prédisposé par les lésions anatomiques que nous avons résumées plus haut ou porteur de quelque une des lésions pathologiques que nous envisagerons dans le chapitre suivant. Mais est-ce à dire que l'effort seul est incapable de produire cette affection sur un sujet qui semble normalement constitué et qui ne présente pas de lésions de son périnée ? Il serait peut-être imprudent de répondre par l'affirmative, car on a pu voir des prolapsus du rectum survenir chez des sujets à sphincter normal et à périnée intact. Ce sont ces cas que M. Gérard-Marchand a qualifiés de prolapsus de force. Ils se rapportent en général à des individus hommes ou femmes faisant des métiers pénibles et qui ont vu leur infirmité survenir brusquement à la façon d'une hernie, au cours d'un effort inaccoutumé.

« Chez un individu sain, jeune, robuste, on voit survenir brusquement dans un effort violent, soit pour soulever un fardeau, soit pour toute autre cause, un prolapsus dont l'apparition s'accompagne souvent d'une sensation de déchirure, d'une hémorragie plus ou moins abondante. L'homme est d'ailleurs bien musclé, son périnée résistant et ferme, son sphincter normalement excitable et donnant une contraction puissante. » Sous la poussée abdominale le rectum sort tout d'une pièce brusquement expulsé à travers l'anus. Une fois réduit il ne peut plus se reproduire ni ne se reformer que sous l'influence d'un nouvel effort, mais toujours tout d'une poussée, complètement. M. Gérard-Marchand a, avons-nous dit, distingué ces prolapsus sous le nom de prolapsus de force, pour les opposer

aux prolapsus de faiblesse dont nous avons vu plus haut les causes anatomiques et dont nous allons étudier maintenant les causes pathologiques les plus fréquentes.

3^e CAUSES PATHOLOGIQUES. — Elles sont extrêmement nombreuses et agissent d'ailleurs de différentes façons, soit qu'elles affaiblissent ou détruisent les moyens de contention inférieurs du rectum, soit au contraire qu'elles constituent une sorte de lésion dégénérative des moyens de suspension de ce viscère. Tous les auteurs ont noté la fréquence du prolapsus rectal et des hernies, du prolapsus et des ptoses viscérales ; on a également été frappé de l'association de cette affection avec les maladies nerveuses (épilepsie, psychoses). A côté de ces altérations d'ordre général qui pourraient faire penser à une sorte de dégénérescence analogue à celle qu'Albarran invoque pour expliquer la pathogénie des ptoses rénales, dégénérescence qui prédisposerait à l'atonie des éléments musculaires de l'organisme, il faut faire une place aux causes pathologiques toutes locales et surtout à celles dont l'action porte directement sur le plancher périnéal.

Lenormant rapporte dans cet ordre d'idées, une observation inédite de prolapsus consécutif à la destruction du sphincter par un chancre mou ; il s'agissait d'une femme de 50 ans, à laquelle un an et demi après le début de son affection, M. Jaboulay pratiqua la colopexie (février 1894). L'opération fut suivie de la

guérison, mais la malade n'a jamais donné de ses nouvelles.

Le cas publié par Hirschberg relève d'une pathogénie identique, le sphincter au lieu d'avoir été détruit était paralysé à la suite d'un traumatisme. Voici ce cas tel qu'il le rapporte dans la *Berliner Klinische Wochenschrift* de 1894 :

Pendant un violent orage, le 8 mars 1893, un ouvrier de 34 ans, fut projeté par un battant de porte contre le mur d'une grange et atteint à l'épaule et à la région sacrée ; on constata une fracture de l'épaule gauche et une luxation sous-claviculaire la de tête humérale. Le 3 mai l'épaule était à peu près guérie, mais le malade se plaignait d'un prolapsus rectal qu'aurait provoqué l'accident et qui aurait été précédé de douleurs sacrées et de selles fréquentes et involontaires ; avant le traumatisme, le malade ne présentait aucun trouble rectal et n'avait jamais eu de diarrhée. Hirschberg constata un prolapsus long de 10 centimètres, sortant et rentrant facilement, souillé de mucus et de sang. Il consulta à ce sujet Bardeleben et Esmarch ; tous deux admirent la possibilité de l'origine traumatique de ce prolapsus, et le chirurgien de Kiel en attribua la production soit à un épanchement sanguin rétro-rectal qui se serait fait dans le tissu cellulaire et aurait relâché les adhérences de l'intestin au sacrum, soit à une paralysie sphinctérienne due à la contusion, peut-être même à une fracture latente du sacrum. Le malade entra le 9 janvier à la clinique de Bardeleben

qui reconnut une invagination complète de toute la paroi-rectale et lui fit le 14 des cautérisations profondes.

C'est ici également qu'il faut faire intervenir l'influence des accouchements sur la production des prolapsus. Il n'est pas rare de voir cette complication survenir chez des femmes dont le périnée a été plus ou moins déchiré pendant l'accouchement, et la preuve de cette fréquence est dans les statistiques qui démontrent pendant la période de vie active de vingt à cinquante ans, une prédominance nette de cette affection pour le sexe féminin alors que pendant l'enfance et au delà de cinquante ans les chiffres diffèrent peu pour les deux sexes. D'ailleurs cette influence n'est niée par personne. C'est également par la destruction du plancher pelvien et des prédispositions à la chute qui en résultent pour les organes du bassin, que s'explique l'association si fréquente des prolapsus rectaux et génitaux.

Parmi les causes pathologiques qui favorisent la production du prolapsus, il nous faut brièvement noter pour être complet l'influence des tumeurs, des polypes, même de l'amaigrissement qui a été incriminé par Ludlow et qui agirait par la fonte et la disparition du coussinet graisseux périrectal destiné à maintenir le rectum dans sa position et à empêcher ses déplacements.

Etant donnés ces divers ordres de causes anotomiques, physiologiques, pathologiques qui favorisent l'éclosion du prolapsus, comment celui-ci va-t-il

prendre naissance. C'est ici qu'interviennent les diverses théories classiques par lesquelles on a cherché à expliquer la marche des prolapsus.

Théories Pathogéniques

Dans leurs grandes lignes on peut les ramener à deux :

1° THÉORIE DU PROLAPSUS MUQUEUX INITIAL. — Le prolapsus total se fait de bas en haut. Il débute par un bourrelet de la muqueuse, qui sous l'influence des efforts divers dont nous avons énuméré les causes, entraîne petit à petit toute l'épaisseur de l'intestin. Ce travail pathologique s'accomplit généralement d'une façon lente et dans un certain ordre, ce dont on peut à la rigueur se rendre compte en assistant à la production du phénomène après avoir réduit l'organe et en engageant le patient à pousser. C'est la théorie la plus ancienne, celle défendue par Cruveilhier et par Esmarch.

2° THÉORIE DU PROLAPSUS SE FORMANT DE HAUT EN BAS. — D'après cette théorie le prolapsus dans sa marche suivrait une direction opposée à la précédente. Cette théorie peut être soutenue de deux façons :

Pour Verneuil, et pour les auteurs qui l'ont reprise après lui, c'est à l'insuffisance des moyens de suspension qu'est due la descente progressive du rectum.

C'est à cette insuffisance que doit revenir le rôle le plus important dans la formation du prolapsus. Et la preuve c'est que le méso-rectum seul suffirait quelquefois à maintenir en place l'intestin dans des cas de relâchement ou de destruction des sphincters. Au contraire voit-on quelquefois des prolapsus s'établir avec un périnée intact et des sphincters normaux et dans ces cas on ne peut en attribuer la cause qu'à l'insuffisance des moyens de suspension. Nous savons ce qu'il faut penser de cette affirmation qui dénie toute influence aux lésions périnéales et nombreuses sont les observations qui démontrent l'influence certaine des traumatismes de la région sphinctérienne et périnéale.

Pour Ludlow, le prolapsus marcherait également de haut en bas, mais voici comment il explique sa formation : le prolapsus rectal ne serait « qu'une hernie périnéale dont le cul-de-sac est formé par la paroi antérieure du rectum. Quand des conditions favorables viendront à se produire, comme dans les cas de diarrhée ou de constipation chronique qui affaiblissent la musculature rectale, la poussée abdominale sera capable de refouler la paroi antérieure du rectum dans la lumière de l'ampoule ; les anses grêles que nous savons accumulées dans ce bas-fond pénétreront un peu plus à chaque effort nouveau ; l'invagination progressant de haut en bas, l'ampoule se retourne progressivement jusqu'à être complètement hors de l'anus et le prolapsus sera constitué ».

Cette théorie de Ludlow est très séduisante et si elle ne peut pas s'appliquer à la pathogénie de tous les

prolapsus, comme l'aurait voulu son auteur, elle est très juste dans un grand nombre de cas, et semble plus particulièrement devoir être appliquée à la production des prolapsus de force.

Telles sont dans leurs grandes lignes les diverses théories qui ont cherché à expliquer la formation des prolapsus du rectum. Et maintenant quelles conclusions pouvons-nous tirer de cette étude étiologique et pathogénique ?

C'est qu'il existe plusieurs variétés de prolapsus et que suivant qu'on aura envisagé de telle ou telle façon la pathogénie de cette affection, les indications du traitement se poseront de façon différente.

D'une façon générale nous pouvons résumer en divisant avec M. Gérard-Marchant, les prolapsus, en deux grandes classes : les prolapsus de faiblesse et les prolapsus de force. Les premiers « ce sont les prolapsus des vieillards et ceux des femmes qui ont eu des couches nombreuses et difficiles ». C'est tout d'abord une simple procidence de la muqueuse facilement réductible, mais se reproduisant avec autant de facilité. Ils surviennent progressivement et vont toujours en augmentant ; l'anus est béant, infundibuliforme, il n'y a plus trace de sphincter ni de releveur ; le périnée est convexe, bombant ; chez la femme le prolapsus génital est fréquent ; dans les deux sexes la paroi abdominale est flasque et peu résistante, il y a souvent des hernies, parfois d'autres viscères se déplacent aussi (néphroptose, enteroptose) ; les accidents d'irréductibilité sont rares puisque le sphincter est dilaté et atrophié. A côté de ces prolapsus qui se

présentent chez des sujets affaiblis, chez des femmes dont tous les ligaments sont distendus, le périnée flasque et en partie détruit à la suite de grossesses successives, chez des individus dont les tissus ont commencé leur évolution sénile, dont les muscles, les aponévroses atrophiées résistent mal aux efforts, il faut faire une place aux prolapsus de force. Ceux-là ne sont pas justiciables des mêmes méthodes opératoires que les précédents et le traitement par les opérations plastiques sur le périnée ne leur serait d'aucune utilité. Ces prolapsus n'ont d'ailleurs pas les mêmes caractères que les précédents. Ils s'en distinguent par la brusquerie de leur apparition. C'est la rapidité avec laquelle sous l'influence de la volonté se reproduisait le prolapsus rectal qui lui a valu la qualification de prolapsus de force. « Au commandement pour ainsi dire et en une seule ou deux poussées, ne voit-on pas ce cylindre rectal forcer le sphincter et émerger de l'anus? » GÉRARD-MARCHANT ». Ils s'en distinguent également par leur disposition, le plus souvent on voit sortir à travers l'orifice anal dilaté une sorte de boudin cylindrique dont la base est séparée de l'anus par un sillon plus ou moins profond suivant la longueur de la partie prolabée. Un autre caractère distinctif est leur apparition chez des individus jeunes, bien musclés, à sphincter continent, nous l'avons déjà noté plus haut. Nous avons également vu qu'on pouvait même invoquer une théorie pathogénique spéciale pour leur formation.

En schématisant, nous admettrons deux variétés de cas en face desquels peut se trouver le chirurgien.

« Des prolapsus survenus chez un sujet jeune, dans un effort violent, avec une intégrité complète du périnée et un développement musculaire général suffisant, en d'autres termes des prolapsus de force, des prolapsus apparaissant chez des gens âgés ou chez des femmes après des accouchements répétés et visible-ment en rapport avec des ruptures du périnée, une parésie et une atonie des releveurs et du sphincter, bref des prolapsus de faiblesse ».

Les cas du premier groupe sont moins fréquents et nous ne saurions nous occuper de leur traitement qui ne rentre pas dans le cadre que nous nous sommes fixés.

Restent les prolapsus de faiblesse. Ce sont ceux que le chirurgien aura le plus souvent à envisager au point de vue du traitement. Et bien là encore, il nous faut distinguer. Sont-ils dus, comme le voulait Verneuil, à l'élongation et à la rupture des mésos-suspenseurs, ou bien plutôt à l'effondrement de la voûte périnéale? Les nombreuses observations que nous avons brièvement rapportées, les expériences de Lenormant semblent plutôt plaider en faveur de cette dernière hypothèse. Quoiqu'il en soit, on ne saurait généraliser et les cas doivent être fréquents où ces ordres de causes combinent leurs effets.

Dans le premier cas on n'aura que l'embarras du choix devant l'abondance des procédés de suspension du rectum, rectopexie latérale, rectopexie postérieure, colopexies. Les techniques sont nombreuses et chacune peut trouver sa juste application dans un cas particulier.

Dans le second cas, les indications ne sont pas moins nettes; traitement devient synonyme de restauration du périnée. C'est dans ces cas qu'apparaît dans toute son évidence la nécessité inéluctable pour faire œuvre utile de reconstituer un corps périnéal qui soit capable de s'opposer à la chute du rectum.

Les mêmes indications qui se posent à propos des prolapsus génitaux se retrouvent ici et la preuve en est dans ces paroles que M. Bouilly prononçait en 1894 dans une discussion à la Société de chirurgie, au sujet des opérations plastiques destinées à combattre les prolapsus génitaux; les mêmes paroles pourraient s'appliquer au traitement des prolapsus rectaux.

« Simples ou combinées, suivant les cas, ces opérations réparatrices bien exécutées sont suivies des meilleurs résultats. J'en ai acquis maintenant une certaine expérience; actuellement, j'ai pratiqué 160 opérations de colpoperinéorrhaphies et je puis dire que soit pour guérir, soit pour prévenir les prolapsus génitaux, j'ai obtenu des résultats très satisfaisants. Il est nécessaire de bien se rendre compte du but que l'on cherche à atteindre par des opérations plastiques et réparatrices.

« Quel que soit le procédé opératoire mis en œuvre, il faut rétrécir et fermer. Rétrécir, c'est-à-dire diminuer l'ampleur des parois vaginales devenues trop larges, fermer, c'est-à-dire reconstituer un corps périnéal qui remonte et relève les tissus et donne un orifice vulvo-vaginal solide, ferme et sans béance. »

L'association si fréquente du prolapsus rectal et du prolapsus génital aurait dû attirer l'attention des chi-

rurgiens sur ce point. « Nous sommes persuadés et beaucoup d'autres avec nous, dit Lenormant, que les deux affections relèvent d'un même ordre de causes, nous sommes également persuadé qu'elles sont justiciables d'un même traitement. Or, il n'y a pas aujourd'hui un seul chirurgien qui ferait une hystéro-pexie pour prolapsus utérin, sans y ajouter un rétrécissement du vagin et une réfection du périnée. Pourquoi les mêmes opérateurs font-ils des colopexies et des recto-pexies, des résections du prolapsus rectal en laissant un anus béant et un plancher pelvien effondré ? »

Nous allons maintenant passer en revue les diverses opérations plastiques sur le périnée auxquelles, depuis Dupuytren, ont eu recours les opérateurs pour remplir les indications précédentes.

Méthodes opératoires qui utilisent les opérations plastiques sur le Périnée

1° Procédés qui reconstituent le plancher pelvien

1° RÉTRÉCISSEMENT ARTIFICIEL DE L'ANUS ET DU RECTUM. — La béance de l'anus, le relâchement complet du sphincter externe, l'absence de toute réaction de ce muscle à l'introduction du doigt, telles sont les manifestations les plus évidentes de l'insuffisance du périnée. Dès le début du siècle ces faits avaient attiré l'attention des chirurgiens et ils avaient cherché à y remédier par un rétrécissement artificiel de ces parties (Lenormant).

Procédé de Dupuytren. — Le premier en date ou du moins le plus connu de ces procédés est celui de Dupuytren qui se proposait de parvenir au rétrécissement de l'anus par la création d'une cicatrice anale rétractile et solide.

Au moyen d'une pince à mors plats il saisissait deux

ou trois plis rayonnés, les soulevait et avec des ciseaux courbes, il les excisait en prenant la précaution de remonter un peu dans le canal de l'anus et d'enlever une petite étendue de muqueuse. La même opération était pratiquée en trois ou quatre points de la circonférence de l'anus. Le résultat immédiat était relativement satisfaisant; les plaies guérissaient rapidement. Mais néanmoins les récidives fréquentes et les complications quelquefois graves, comme les rétrécissements qui accompagnaient cette opération l'ont fait abandonner depuis longtemps. Aussi nous n'avons aucune observation à fournir sur cette méthode.

A la suite du procédé de Dupuytren, nous mentionnerons les opérations déjà plus complètes de rétrécissement du sphincter parmi lesquelles nous retiendrons celles de Dieffenbach, Roux et Robert.

Procédé de Dieffenbach. — Voici en quoi il consiste. Il pratique une excision cunéiforme de la marge de l'anus comprenant la peau, le sphincter et le tissu périrectal, puis il suture la plaie ainsi obtenue. Bakès rapporte un cas récent où cette opération fut pratiquée avec succès. Voici son observation.

Prolapsus total. — *Excision cunéiforme par Bakès.* — *Guérison.* — Bakès (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, 1900). — (Th. Lenormant).

O. B., 52 ans, puisatier hongrois. Entré à la clinique le 3 février 1899.

Anamnèse: Pas d'antécédents héréditaires. Consti-

pation chronique depuis sa jeunesse. Début du prolapsus il y a six ans pendant une garde-robe difficile; aggravation depuis deux ans; le prolapsus s'est accru et le sphincter est devenu insuffisant.

Etat actuel : homme de taille moyenne, assez fort, bien portant. Prolapsus gros comme une pomme augmentant et prenant l'aspect d'un boudin dans les efforts. Anus perméable à deux doigts. Ampoule large et flasque.

Opération le 12 février (Dr Bakès). Narcose de Schleich. Plan incliné. Le prolapsus est attiré avec deux ériges; à gauche, excision d'un coin cutané triangulaire à base sphinctérienne qui est suturé. Puis aux ciseaux, ablation d'un coin muqueux de dimensions égales, qui est également suturé, les bouts des fils intrarectaux sont laissés longs.

Suites normales. Ablation des fils cutanés le 15. Le 20, bains de siège à cause des douleurs qui accompagnent la défécation.

Le 28 le malade sort guéri: garde-robres sans difficulté; les fils cutanés ont été enlevés; cicatrisation complète; continence même pour les matières liquides.

Bakès rapporte une seconde observation d'un cas traité de la même façon par Friedlander et suivi également de guérison.

Procédé de Roux et Robert.—Nous voyons avec eux employer pour la première fois un procédé vraiment chirurgical.

Robert dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine avec deux observations à l'appui décrit son procédé qui est le suivant : il avive un triangle cutané ayant son sommet dans la direction du coccyx et comprenant dans sa base une partie de l'orifice anal. Le sphincter est mis à nu et excisé dans toute sa partie postérieure, puis les deux lèvres de la solution de continuité sont réunies par trois points de suture enchevillée.

Roux, qui a également à cette époque pratiqué la même opération et dont le procédé est décrit dans la thèse de Frémy, reliait les parties superficielles de la plaie par une suture entortillée.

Voici une observation de prolapsus du rectum traité par ce procédé :

Prolapsus complet du rectum. — Procédé de Robert.
— *Guérison* (James Bell, *Annals of Surgery*, may 1891, *London*).

Malade exerçant la profession de palefrenier, porteur depuis très longtemps d'un prolapsus complet du rectum.

Opération le 2 mai 1880 par le procédé suivant : incision en V ayant son sommet à la pointe du coccyx et sa base répondant à la partie postérieure du sphincter anal. Cette base a une étendue d'un pouce et demi à deux pouces, On enlève le lambeau circonscrit par cette incision. Un autre V fut ensuite enlevé sur la

partie postérieure du rectum ; le sommet de ce V est à quatre travers de doigt au-dessus de l'anus et sa base est la même que celle du V précédent. Cela fait on réunit par des sutures les lèvres de la plaie opératoire et les deux extrémités du sphincter sont rapprochées à l'aide de la soie phéniquée. Un drain est placé au fond de la plaie et va sortir au niveau du coccyx. Pansement antiseptique.

Pendant les huit premiers jours qui suivirent l'opération, il y eut une inflammation considérable du rectum et des parties environnantes, et il s'établit une petite fistule qui dura assez longtemps ; la guérison était cependant complète au bout de douze semaines et le malade revu le 28 novembre 1890 avait repris depuis deux mois son métier pénible de palefrenier sans avoir aucune tendance à la récurrence.

Tels sont les procédés que nous avons cru devoir retenir qui recherchent la guérison du prolapsus uniquement par le rétrécissement de l'anus et du sphincter. Plus tard, sachant que ce dernier n'est pas seul en cause et qu'il y a une insuffisance de tous les éléments constitutifs du périnée, les opérateurs ont employé dans le prolapsus rectal des techniques analogues à celles utilisées dans le traitement des prolapsus génitaux, et fait des périnéorraphies. Mais de même que dans une affection il est rare qu'on n'associe pas à l'avivement et à la suture du périnée, l'avivement et la suture d'une plus ou moins grande étendue des parois vaginales, de façon à faire une colpo-périnéorraphie, de même aussi on a souvent associé à la réfection du

périnée postérieure le rétrécissement de l'ampoule rectale.

Mais on a également exécuté des périnéorrhaphies simples sans toucher au rectum. Ce sont celles que nous allons tout d'abord envisager.

2^o PÉRINÉORRAPHIES APPLIQUÉES A LA CURE DU PRO-LAPSUS RECTAL.

Procédé de Schwartz. — C'est Schwartz qui a fait en France la première intervention de ce genre. Imaginée par Albert, de Vienne, l'opération qu'il pratiqua consiste dans un avivement large et étendu de la partie antérieure de l'anus, avec reconstitution d'un plancher résistant pour éviter que le prolapsus ne se reproduise. En même temps il déplaçait l'orifice anal et le reportait en arrière tout près de la pointe du coccyx. Il pratiquait en somme une périnéorrhaphie antérieure.

Voici une observation empruntée à la thèse de Vendrely de prolapsus opéré par cette méthode :

Prolapsus complet du rectum. — Périnéorrhaphie antérieure. — Guérison. (SCHWARTZ. Congrès de chirurgie. 1889).

L. Aliéné, 33 ans, entré à l'hôpital de Bicêtre, dans le service de chirurgie, salle Nélaton.

La date du début est difficile à préciser, le malade ne donne que des renseignements contradictoires.

Le rectum ne fait hernie qu'au moment de la défé-

cation ; on voit paraître hors de l'anus une tumeur globuleuse d'un rouge violacé, du volume d'un poing d'adulte, présentant à son centre une ouverture facile à trouver. Dans l'épaisseur de cette tumeur, en forme de gros bourrelets, se trouvent logées des anses intestinales que la pression fait monter dans le bassin.

L'opération fut faite le 6 février. Le malade avait eu la veille une purgation et un lavement ; il prenait d'ailleurs, depuis trois jours, 0.80 centigrammes de naphtol B. Avant d'administrer le chloroforme, on engage le malade à faire des efforts de défécation afin que le prolapsus se produise. Il s'écoule du rectum des matières diarrhétiques dépourvues de l'odeur caractéristique. — Dans un premier temps, six larges raies de feu au thermo-cautère furent faites sur la tumeur en détruisant toute l'épaisseur de la muqueuse. L'intestin fut réduit et maintenu avec un tampon de gaze iodoformée. Dans un deuxième temps la muqueuse fut avivée dans une étendue de 4 centimètres de haut sur 4 de large, et la section faite comme dans une véritable périnéorrhaphie. Pansement iodoformé. Le naphtol est continué. Au bout de huit jours, les points de suture furent enlevés et ce prolapsus ne s'est pas reproduit. Le malade revient le 28. Il portait une fistule placée immédiatement au-devant de l'anus, sur la ligne médiane du périnée ; les lèvres de la cicatrice produite par l'avivement de la peau s'étaient écartées l'une de l'autre au niveau d'un des points de suture intermédiaire. Il est remarquable de constater que la défécation se faisait par la fistule, et non par l'anus reporté en arrière.

Le 4 octobre, la fistule a complètement disparu et la guérison est complète.

A la séance du même jour de la Société de chirurgie, M. Schwartz s'exprime ainsi : « J'ai revu aujourd'hui le malade dont j'ai communiqué l'observation au Congrès de chirurgie, et j'ai noté qu'il était resté parfaitement guéri. En examinant ce matin mon opéré, j'ai constaté, fait intéressant au point de vue de la pathogénie des récidives du prolapsus, que son sphincter, qui, avant l'opération, était impuissant, avait recouvré sa contractilité normale.

PÉRINÉORRAPHIE POSTÉRIEURE. — La même année où Schwartz pratiquait son intervention, Tuffier faisait une périnéorrhaphie postérieure à un malade, qu'il dut colopexier peu de temps après. Sa première opération avait consisté en ceci : un large triangle de peau, dont la base correspondait au contour postérieur de l'anus et le sommet au coccyx, fut disséqué et excisé, et les bords de la plaie furent réunis par première intention. Le résultat opératoire fut très bon. Les fils furent enlevés le septième jour et le rectum paraissait maintenu; mais la récidive eut lieu sous l'influence des premiers efforts.

Le 9 avril, on dut faire une seconde intervention, qui fut la colopexie par la région lombaire. Récidive, 6 mois après; le malade meurt bientôt en pleine aliénation mentale. Dans ce cas le résultat de la périnéorrhaphie ne fut donc pas satisfaisant.

Depuis cette tentative malheureuse, Lenormant n'a

trouvé que deux cas où cette opération ait été pratiquée isolément pour traiter le prolapsus rectal. Ceux de Josef Weil (de Teplitz) et de Ott. A ces deux cas nous sommes heureux d'en ajouter un troisième inédit que nous devons à l'obligeance de M. Patel.

Josef Weil, chez une femme atteinte de déchirure complète, remontant jusque dans le rectum, et d'un prolapsus muqueux fit un avivement en ailes de papillon et une suture à plusieurs plans ; le périnée ainsi reconstitué put résister cinq mois après à un accouchement à terme ; la musculature anale était parfaite.

Voici son observation, telle que nous la trouvons relatée dans la thèse de Lenormant.

Déchirure complète du périnée. — Rectite et prolapsus muqueux. — Recto-périnéoplastie au cours d'une grossesse. — Guérison. — Accouchement à terme sans incident. — Joseph Weil, de Teplitz, Prager medic. Wochenschr., n° 44, 1892.

Fanny P..., 27 ans. Entrée le 4 mai 1894, mariée depuis 2 ans. Il y a quatorze mois, premier accouchement au forceps ; déchirure et suture du périnée. Après cet accouchement incontinence fécale puis rectite (8 à 10 selles par jour) et ulcérations rectales.

Weil constate une déchirure complète du périnée, traversant le sphincter et remontant à quatre centimètres dans le rectum avec prolapsus modéré de la muqueuse rectale.

Pas de règles depuis huit semaines ; au bout de cinq semaines le diagnostic de grossesse est confirmé.

Néanmoins le 11 juin Weil pratique, sous chloroforme, un avivement en ailes de papillon et une suture à plusieurs plans pour reconstituer le périnée.

Suites. — Normales, et guérison complète en quinze jours ; la malade sort avec un périnée haut de 3 centimètres et demi et une musculature anale fonctionnant bien.

La grossesse suit son cours normal. Le 29 novembre, c'est-à-dire cinq mois et demi plus tard, elle est accouchée à terme d'une fille bien développée ; accouchement normal ; l'anus et le périnée sont intacts après la délivrance.

Plus récemment de Ott a publié dans le *Centralblatt für Gynækologie* de 1900, l'histoire d'une femme qu'il a opérée suivant une technique déjà décrite par lui à propos des déchirures complètes du périnée ; l'avivement fut prolongé de chaque côté de l'anus très loin, en arrière, voici son observation.

Prolapsus rectal. — Réfection du plancher pelvien.
— *Guérison d'un an.* — N. de Ott. — *Centralblatt für Gynækologie, 1900.*

A. P..., femme de 55 ans.

Prolapsus pendant la marche et au moindre effort ; gêne de la défécation ; troubles digestifs et nerveux. Elle ne mange pas pour éviter d'aller à la selle ; amaigrissement et affaiblissement progressif. Pas de lésion organique.

Le prolapsus s'est développé progressivement sans cause appréciable, en cinq ou six ans.

La malade mariée à 25 ans a eu quatre enfants ; sa dernière grossesse en 1879 s'est terminée par un avortement de quatre mois. Ménopause depuis trois ou quatre ans.

Etat actuel. — Prolapsus gros comme un poing d'homme, facilement réductible mais se reproduisant aussitôt. Après réduction, la région anale est fortement tendue. Périnée haut mais flasque, où tous les muscles en particulier le sphincter et le transverse du périnée semblent avoir disparu. Organes génitaux internes sains.

Au toucher, polype muqueux, gros comme une cerise, à pédicule très mince, qui est arraché dans une exploration ; Jde Ott lui dénie toute influence dans la production du prolapsus, en raison de son petit volume et de son siège.

Périnéoplastie, le 17 mars 1899, sous chloroforme. — Incision de la peau jusqu'à mise à nu des fibres musculaires restantes ; puis avivement comme dans une déchirure complète du périnée, en ayant soin de prolonger l'incision en arrière au voisinage de l'anus, de façon que, une fois les sutures placées, le segment inférieur du rectum fût rétréci et un peu allongé.

Suites. — Normales, température subfébrile pendant les deux premiers jours ; pas de réaction locale. On enlève le sixième jour les sutures périnéales et le dixième les sutures vaginales. Réunion per primam,

Première garde-robe le onzième jour sans douleur.

Toucher normal le vingtième jour ; sphincter solide et élastique.

De Ott a reçu un an après d'excellentes nouvelles de cette malade.

A ces deux cas nous ajouterons celui de M. le professeur Jaboulay qui chez un homme de 61 ans porteur d'un prolapsus de faiblesse consécutif à la destruction du sphincter pratiqua un périnéorraphie postérieure suivie de guérison. Voici son procédé : Le malade étant endormi et placé dans la position inversée sacro-dorsale, il fait en avant du sphincter à 10 ou 15 millimètres une première incision qui va presque d'un ischion à l'autre. Cette incision est légèrement courbe à concavité tournée en arrière. Elle intéresse les différents plans et s'enfonce profondément dans la graisse ischio-rectale.

Sur les bords droit et gauche du sphincter on trace deux autres incisions qui intéressent les mêmes plans du tissu cellulaire sous-cutané. Ces incisions faites on termine l'intervention comme une périnéorraphie banale.

Les bords opposés de la plaie périnéale, ainsi créée, sont rapprochés et maintenus en place par des points de suture qui comprennent toute l'épaisseur des tissus avivés. Le résultat immédiat est le rétrécissement de l'anus, la reconstitution d'un périnée solide, et la contention du prolapsus qui ne peut plus faire issue au dehors.

Voici cette observation en détail :

Prolapsus total. — Périnéorraphie. — Essai de reconstitution du plancher pelvien et du sphincter. Guérison du prolapsus (obs. inédite.)

F. J. 61 ans ; entre le 20 novembre 1903, dans la salle Saint-Sacerdos, service de M. le professeur Jaboulay. On ne relève dans son interrogatoire aucun antécédent soit héréditaire soit personnel. Il y a 2 ans le malade fit une chute sur le coccyx du haut d'un toit pas très élevé. Il ne semble rien ressentir au moment de son traumatisme ; ce n'est que quelques jours après qu'il s'aperçut de douleurs légères dans la région ano-coccygienne, douleurs qui survenaient, disait-il, principalement au moment des défécations. Quoiqu'il en soit, un abcès s'est formé qui s'est ouvert à l'extérieur et qui n'avait aucune tendance à la guérison spontanée. On porta le diagnostic de fistule anale et le malade fut opéré comme tel. D'après les cicatrices qui sont encore visibles, on peut juger qu'il s'agissait d'un abcès péréal très étendu, siégeant en dehors du sphincter. On nota une première cicatrice parallèle au bord externe du sphincter et menant dans la fosse ischio-rectale ; une seconde cicatrice perpendiculaire à la première conduit en plein dans l'anus et la section a intéressé le sphincter. Toutes ces lésions siègent dans la moitié gauche. Du côté droit on ne relève rien. La suppuration s'est tarie assez vite et 15 jours environ après son opération, il s'aperçut que le rectum faisait issue au dehors pendant la défécation. D'abord

insignifiant, ce prolapsus s'agrandit peu à peu pour arriver à son état actuel.

A son entrée à l'hôpital, le malade n'accuse aucun trouble fonctionnel bien marqué. Ses différents appareils viscéraux sont sains. Il n'a rien aux poumons. Ses digestions sont bonnes, régulières, mais à chaque défécation, le rectum fait issue au dehors de l'anus. Ce prolapsus est constant et régulier. Le malade fait réintégrer chaque fois au rectum son domicile, et en dehors des défécations il ne présente aucun trouble, pas de douleurs, pas d'écoulement glaireux.

A l'examen, on note que la région anale est distendue, évasée, le sphincter est béant. On relève les cicatrices signalées plus haut. Si le malade fait un effort, on voit immédiatement se produire le prolapsus. Il mesure environ 12 centimètres de long, la muqueuse rectale est rouge, œdématisée, avec une sécrétion visqueuse peu abondante. Le prolapsus est total, comprend les trois tuniques du rectum. Il n'existe aucun bourrelet entre le pourtour du prolapsus et la face externe du premier cylindre ; il semble que le rectum se précipite à travers l'anus entr'ouvert et que le sphincter ne gêne en aucune façon sa chute. La réduction se fait facilement avec le doigt. Le toucher rectal ne révèle aucune particularité ; pas de tumeur, aucune bride, aucune ulcération. Il ne semble pas qu'il y ait de hernie intestinale en avant du rectum. Cependant le malade a observé que par moment la partie antérieure du prolapsus devient beaucoup plus volumineuse, dépasse de beaucoup la partie postérieure, et il est très probable qu'à ce moment les

anses intestinales s'engagent dans le cul-de-sac de Douglas. Le doigt introduit dans le rectum, on sent que le sphincter est nul, il n'y a aucune contraction. Le malade a de la pseudo-contenance des matières. Si les matières fécales sont dures les selles sont régulières. Le malade a eu de la diarrhée à deux ou trois reprises, à ce moment il avait de l'incontinence vraie. Il n'y a aucun ganglion de voisinage. L'examen du reste du malade demeure absolument négatif.

Intervention le 23 novembre 1903. Anesthésie à l'éther. Le malade est en position inversée sacro-dorsale. M. le professeur Jaboulay fait une première incision en avant du sphincter, incision légèrement courbe à convexité antérieure et s'étendant presque d'une tubérosité ischiatique à l'autre. L'incision intéresse les différents plans du tissu cellulaire sous-cutané et plonge dans la graisse du creux ischio-rectal. Deux autres incisions sont faites sur chacun des bords externes du sphincter. Elles intéressent les mêmes plans que les précédents. Après ces incisions, on rapproche par des points de suture les bords opposés suivant les principes de la périnéorrhaphie. Il en résulte que l'anus est immédiatement rétréci et au cours de l'incision quelques fibres musculaires éparses étant rencontrées, appartenant vraisemblablement au sphincter, celles-ci sont rapprochées et suturées. Les sutures sont faites aux crins de Florence. On s'aperçoit alors par le toucher rectal que l'anus est rétréci considérablement et doué même d'une légère tonicité.

Suites opératoires. — Très simples. Sauf en quelques points la réunion s'est faite par première intention.

Le malade depuis sa première opération n'a pas vu reparaitre son prolapsus. Il avait été constipé quelques jours auparavant. La première selle a eu lieu cinq jours après sans douleur et sans issue du rectum.

Depuis le résultat semble s'être maintenu. La continence existe. Le malade ressent le besoin de la défécation ; son prolapsus ne s'est pas remontré. Il quitte l'hôpital le 20 décembre enchanté de son résultat.

Revu le 10 février, la guérison s'est maintenue. Le plancher pelvien paraît solide, l'anus s'est resserré, doué d'une certaine contractilité; la continence existe toujours. Bref, la guérison semble complète.

En somme, dans cette intervention, nous voyons que M. le professeur Jaboulay a réuni en un seul les deux procédés qui consistaient l'un à rétrécir l'anus et le sphincter, l'autre à reconstituer le plancher pelvien. C'est un procédé de choix qui remplit cette double indication dans les cas où cela est nécessaire comme celui que nous venons de rapporter dans l'observation.

A côté de ces procédés de périnéorrhaphie pure, il nous faut également puisque nous traitons de cette question dire quelques mots des procédés qui combinent la reconstitution du périnée et le rétrécissement de l'ampoule rectale, ainsi que d'un procédé nouveau qui emprunte un de ses temps opératoires à la périnéorrhaphie, je veux parler de la myorrhaphie des releveurs de l'anus.

II. Procédés qui combinent la reconstitution du périnée et le rétrécissement de l'ampoule rectale.

Procédé de Lange. — Voici comment il s'exprime lui-même au sujet de sa méthode « tant qu'on laisse le segment inférieur de l'intestin passer à travers la gaine élargie et relâchée que constituent le sphincter et le releveur et tant que la partie inférieure du rectum lui-même reste élargie, il y a toujours probabilité de récidence. C'est pourquoi dans ma méthode opératoire j'ai essayé de tenir compte de ces deux indications : rétrécir le rectum, et fixer autour de lui un anneau musculaire rétréci. »

Pour répondre à ces deux nécessités, il pratique une incision depuis la partie inférieure du sacrum jusqu'à la partie postérieure du rectum et afin de pouvoir atteindre celle-ci aussi haut que possible, il résèque le coccyx. Cela fait, il diminue le calibre du rectum par une série de sutures au catgut disposées en étage sur la ligne médiane et comprenant toute l'épaisseur du rectum sauf la muqueuse. Il obtient ainsi un pli faisant saillie dans l'intestin. Il réunit ensuite par d'autres sutures les fibres musculaires du releveur de l'anus et celles du sphincter qui avaient été divisées. Il affronte enfin les lèvres de l'incision tégumentaire sauf à la place du coccyx réséqué où l'on place un tamponnement.

Prolapsus rectal. — Rectorrhaphie externe et périnéorrhaphie, d'après le procédé de Lange (Surgical Society, 26 janvier et 23 février 1887.)

P. G..., entré en octobre 1886, à l'hôpital allemand de New-York ; atteint à la suite de dysenterie, d'un volumineux prolapsus rectal datant de 30 ans, opéré déjà cinq fois (cautérisations, excision muqueuse, etc.) sans succès. Sphincter très relâché ; incontinence fécale ; au moindre effort, issue de plusieurs pouces d'intestin.

Intervention par le procédé décrit plus haut.

Suites : Guérison per primam.

Bientôt on put constater la contention parfaite de l'intestin ; le prolapsus ne reparut jamais. Au toucher on sentait nettement une forte contraction du sphincter ; l'anus, attiré en dedans par le releveur, est plus profond que normalement.

Mais la continence n'est pas parfaite et le malade perd ses matières en marchant. Lange fait des réserves sur le résultat définitif.

La même année où Lange imaginait son procédé en Amérique, Duret faisait en France, la première recto-périnéorrhaphie.

Procédé de Duret. — Voici en quoi il consiste : le malade étant endormi, on fait sur la paroi postérieure de l'ampoule rectale une incision en V dont la pointe est tournée vers l'extrémité supérieure de l'ampoule et la base vers l'anus ; puis il dissèque le lambeau de muqueuse jusqu'au voisinage de l'anus. Cela fait, il

excise au pourtour de l'anus, toute la base adhérente du lambeau en ne craignant pas d'intéresser les fibres du sphincter externe qui sont d'ailleurs atrophiées. Les bords de la muqueuse avivée et saine, sont alors affrontés et suturés avec des crins de Florence en commençant par la pointe du V. Le tube rectal rentre à mesure dans l'excavation. Enfin, et c'est le point qui nous intéresse, il affronte les lèvres cutanées correspondant à la portion d'anus excisée, et fait un certain nombre de sutures profondes analogues aux points d'Emmet dans la colpo-périnéorrhaphie, car il s'agit ici de rétrécir définitivement l'orifice anal démesurément large.

Voici un cas rapporté par Masson où un prolapsus traité par cette méthode a complètement rétrocedé.

Prolapsus rectal complet. — Rectopérinéorrhaphie antérieure et postérieure. — Guérison 10 mois après l'opération.

Mlle F... 33 ans, réglée à 15. Durant quelques années a été très anémique par suite de croissance rapide. Elle est en même temps atteinte de constipation opiniâtre. Elle avait 19 ans, quand elle s'aperçut pour la première fois qu'à la suite d'efforts de défécation il se produisait à l'anus un issue de la muqueuse rectale du volume d'une petite noix. Cette hernie était momentanée et rentrait ensuite soit spontanément soit par l'action des doigts. Le volume du prolapsus est allé peu à peu en augmentant et il y a déjà sept ou huit ans

qu'il présente les dimensions actuelles. Cependant elle ne s'est décidée à consulter qu'il y a deux mois.

Néanmoins elle souffrait beaucoup ; elle était prise à chaque garde-robe de coliques violentes, de vives épreintes. Elle avait depuis deux ans une diarrhée presque continue. La réintégration de la tumeur se faisait toujours avec la main, mais était accompagnée de douleurs de plus en plus vives. Il suffit de demander à la malade de pousser pour que le prolapsus se produise immédiatement.

Il se présente sous la forme d'une tumeur ovoïde, du volume d'un poing ; à sa surface se voient de nombreux plis transversaux. Il n'y a ni ulcération, ni œdème appréciable. Le prolapsus est réductible facilement par le chirurgien et quand il est remis en place il est facile de constater que l'orifice anal est très élargi, le sphincter très relâché jusqu'à admettre aisément trois doigts à la fois.

L'opération est faite le 16 novembre 1892 et comprend plusieurs temps :

Un premier temps d'excision ;

Un deuxième temps de rectorraphie ;

Un dernier temps que nous retenons seul, temps de périnéorraphie ; la suture de la muqueuse étant faite, il reste en arrière la profonde plaie ano-coccygienne qui est béante et très écartée. On la ferme par deux plans de suture, l'un profond, traversant hardiment la peau des deux fesses, à trois centimètres de chaque côté, et toutes les parties sous-jacentes. Cinq sutures profondes sont ainsi échelonnées ; elles ont pour effet de soulever la peau de la ligne médiane postérieure

sous la forme d'une crête épaisse et saillante; des sutures superficielles intermédiaires coaptent exactement les bords de la peau.

Lorsque l'opération est terminée, on constate que l'orifice anal admet à peine l'index de l'opérateur et que celui-ci, en pénétrant, est serré dans un cylindre étroit dans toute sa hauteur.

La malade quitte le Dispensaire le 12 janvier; le prolapsus ne s'est pas reproduit.

Le 21 août 1901, c'est-à-dire plus de huit ans après, M. Duret, recevait de ses nouvelles; la réduction s'était maintenue complète, tout au plus trouvait-on un petit bourrelet, dans les efforts, à la partie postérieure, du volume d'une grosse noix.

A côté du procédé de Duret, citons celui de Roberts qui s'en rapproche beaucoup et qui porte le nom de proctorraphie.

Procédé de Roberts. — Il combine également comme les précédents le rétrécissement de l'ampoule rectale et la périnéorrhaphie. C'est à ce dernier point de vue qu'il nous intéresse. Voici quelle en est la technique :

Par une incision médiane faite près de la pointe du coccyx, Roberts libère au moyen du doigt, le rectum de ses attaches postérieures. Puis de chaque côté à un demi-pouce environ de la ligne médiane, dans l'anus dilaté, il va profondément sectionner le sphincter, puis

fait converger ces deux incisions nouvelles vers la première ; il a limité ainsi un lambeau cutané triangulaire dont le sommet est au coccyx est dont la base dirigée en avant, renferme un morceau de sphincter. Il taille alors sur la paroi rectale postérieure et en comprenant toute l'épaisseur de cette paroi, un lambeau triangulaire dont la base correspond à celle du triangle précédemment décrit et dont le sommet est à trois pouces environ au-dessus de l'orifice anal.

Puis, on réunit les parois rectales par des catguts distants les uns des autres de un demi-pouce environ et noués dans la lumière de l'intestin ; on suture les deux bouts du sphincter divisé avec deux catguts et un fil d'argent, en resserrant l'anus de façon à ce qu'il soit juste perméable à l'index.

Les observations sont nombreuses de prolapsus traités par cette méthode. Dans le nombre, nous choisissons la suivante :

Prolapsus. — Proctectomie postérieure. — Suppuration. — Guérison de deux ans (Roberts, American Journal of the med. Sciences, 1893.)

Femme de 34 ans, tisseuse.

Prolapsus depuis l'âge de 20 ans, survenu brusquement pendant le travail, au moment des règles, avec de la diarrhée, long de 7 centimètres ; réduction facile ; pas d'incontinence fécale.

Augmentation progressive, malgré tous les traitements possibles, internes et externes, si bien que,

aujourd'hui, le prolapsus est long de 10 centimètres, réductible, mais se reproduit aussitôt; l'anus est perméable à cinq doigts. Anémie, épuisement. Incapacité de travail complète.

Roberts conclut de son examen qu'il faut, d'une part, diminuer le calibre de l'ampoule; d'autre part, rétrécir l'orifice anal.

Opération. — Par la technique indiquée plus haut.

L'intervention terminée, le calibre de l'anus est diminué, et l'ampoule a une forme conique à sommet inférieur.

Suites. — Au bout d'un ou deux jours, diarrhée et infection péri-rectale consécutive, suppuration, sphacèle et hémorragie. Fistule recto-cutanée, qui finit par se fermer spontanément.

Ablation des fils d'argent le cinquième jour.

Les accidents d'infection ont retardé la guérison, mais peut-être la rétraction cicatricielle consécutive a-t-elle rendu celle-ci plus complète.

Pas de récédive du prolapsus; pas d'incontinence fécale.

Revue en parfait état en septembre 1891, puis en avril 1892 (au bout de plus de 2 ans), avec peut-être une légère tendance d'ailleurs insignifiante au prolapsus muqueux.

Il nous reste à dire quelques mots pour compléter cette revue générale des traitements des prolapsus du rectum par les opérations plastiques sur le périnée, d'une méthode nouvelle, la dernière venue; je veux parler de la myorraphie des releveurs de l'anus.

Myorraphie des releveurs de l'anus. — Anatomiquement cette méthode serait pour Lenormant le seul procédé rationnel de périnéorraphie pour la région rectale. Elle consiste essentiellement dans la suture des releveurs entre le rectum et le vagin. Cette suture peut se faire de différentes façons et Lenormant qui rapporte et décrit la technique de Duval et Proust a lui-même expérimenté une méthode personnelle qui comprend trois temps :

- 1° Mise à nu des releveurs.
- 2° Suture des releveurs.
- 3° Suture superficielle ; ce dernier temps consistant dans une périnéorraphie banale.

Cette opération de la myorraphie des releveurs de l'anus a été appliquée pour la première fois au traitement du prolapsus rectal par Napalkoff, de Moscou.

Les observations sont encore trop peu nombreuses et trop récentes pour qu'on puisse se prononcer sur la valeur de ce dernier procédé.

CONCLUSIONS

1° Au point de vue pathogénique, le prolapsus du rectum relevant de causes variables, pour arriver à un traitement rationnel de cette affection, il est nécessaire que le praticien recherche d'abord à quelle variété pathogénique il peut rattacher le cas qui se présente à lui.

2° L'insuffisance du plancher périnéal jouant un rôle capital dans la production des prolapsus dits de faiblesse, toute tentative thérapeutique dirigée contre un prolapsus de cette catégorie devra tenir compte de ce rôle pour ne pas être exposée à un insuccès certain.

3° Toutes les fois qu'on aura une destruction du périnée on aura fatalement un prolapsus ; mais cela ne veut pas dire que tous les prolapsus s'accompagneront de cette lésion. Ceux-là seuls seront justiciables du traitement par les opérations plastiques qui seront dus à l'effondrement du périnée.

4° Dans les cas où l'on a recours à des méthodes différentes, il est indispensable de pratiquer des périnéorraphies pour en assurer le succès.

5° Parmi les diverses techniques qui tendent à la réfection du plancher pelvien, c'est à la périnéorraphie postérieure qu'il faudra avoir recours quand on le pourra, en y associant le rétrécissement de l'anus et la reconstitution du sphincter.

VU :

Le Président de la Thèse,

POLLOSSON M.

VU :

Le Doyen :

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 9 Mars 1904.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

J. BELL. — *Annals of Surgery*, mai 1891.

DELBET. — Maladies du rectum et de l'anus, in *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, de Le Dentu et Delbet. 1899.

DURET et VALLIN. — Anatomie pathologique d'un prolapsus rectal. *Journal des sciences médicales de Lille*, octobre 1891.

DURET. — Communication à la Société de chirurgie, 2 mai 1900.

P. DUVAL et PROUST. — Technique de la suture des muscles releveurs de l'anus au cours de la périnéoraphie, *Presse Médicale*, n° 94, page 1120, 22 novembre 1902.

FAURE. — Prolapsus du rectum, in *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus.

J.-A. GAUTHIER. — Indications opératoires et traitement des prolapsus du rectum. *Gazette des hôpitaux*, n° 52, 2 mai 1891.

GECK. — *Zur Etiologie und therapie des Rectumvorfalles*. Inaug. Dissert. Bonn, 1890.

HIRSCHBERG. — Ein Fall von prolapsus recti, durch Trauma hervorgerufen. *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 14, 8 avril 1894.

JOLY. — Contribution à l'étude du prolapsus du rectum, Toulouse et Paris.

LEFÈVRE. — Les nouveaux traitements opératoires du prolapsus du rectum. Thèse de Paris, 1891.

LENORMANT. — La Myorraphie des releveurs de l'anus dans le traitement du prolapsus du rectum. *Presse médicale*, n° 10, p. 144, 4 février 1903.

LENORMANT. — Le prolapsus du rectum, causes et traitement opératoire. Thèse de Paris 1903.

R. LUDLOFF. — Zur Pathogenese und Therapie des rectumvorfalles. Communic. au 28^e Congrès des chirurgiens allemands à Berlin, le 6 avril 1899 in *Archiv. f. Klinische Chirurgie* LIX 1899). — Weitere Beitrage zur Pathogenese und Therapie des Rectumvorfalles. *Arch. f. Klin. Chirurgie* LX 1900.

LYOT. — Traitement des prolapsus du rectum. Thèse de Paris, 1890.

G. MARCHANT. — Communication à la Société de Chirurgie, 31 décembre 1890. Communication à la Société de chirurgie, 2 mars 1892. Chirurgie du gros intestin et du rectum, Paris 1902.

MASSON. — Essai sur la pathogénie et le traitement du prolapsus du rectum. Thèse de Paris, 1894.

D. NAPALKOFF. — Du traitement chirurgical du prolapsus du rectum, Communication au premier Congrès des chirurgiens russes à Moscou, du 28 au 30 décembre 1900. Discussion in *La Chirurgie* n° 50, février 1901.

DE OTT. — Contribution aux principes dans le choix des méthodes de réfection du plancher pelvien et de la paroi abdominale. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, I. p. 779, 1897.

DE OTT. — Heilung des Rectalprolapses durch restitution des Beckenbodes. *Centralbl. f. Gynæcol.* n° 28, 1900.

QUENU ET HARTMANN. — *Chirurgie du rectum*. Paris, 1895.

RICARD ET LAUNAY. — *Traité de thérapeutique chirurgicale*, p. 650. Paris, 1903.

J. B. ROBERTS. — Operation for prolaps of the rectum *Philadelphia reports*, 4 oct. 1890.

- J. B. ROBERTS. — The cure of the complete prolapsus of the rectum by posterior protectomy *The American Journal of the medic. Sciences* 1893, p. 539.
- SCHWARTZ. — Communication au Congrès français de chirurgie, 11 octobre 1899.
- F. SOULIÉ. — Contribution à l'étude du traitement des prolapsus du rectum (indications opératoires) Thèse de Paris, 1891.
- SOULIER. — Le prolapsus du rectum de l'enfant, son étiologie, son traitement.
- VALLAS. — Communication à la Société de chirurgie de Lyon (*In Lyon médical*), n° 35, p. 615. 28 août 1898.
- VENDRELY. — Etude critique des traitements du prolapsus du rectum. Thèse de Paris, 1891.
- JOS. WEIL (de Teplitz). — Rectoperineoplastik bei bestehender Gravität. *Prager Medecin Wochenschrift*, n° 11, 16 mars 1892.
- O. ZUCKERKANDL. — Beiträge zur Lehre von den Brüchen im Bereiche des Douglas'schen Raumes *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* XXXI, p. 590, 1891.
-

LYON. — IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella,
